

北海道医療大学学術リポジトリ

## 介護予防マニュアルが改訂された

著者	木下 憲治
雑誌名	北海道医療大学歯学雑誌
巻	28
号	1
ページ	23-26
発行年	2009-06
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1145/00006219/">http://id.nii.ac.jp/1145/00006219/</a>

## 【最近のトピックス】介護保険関連

### 介護予防マニュアルが改訂された

木下 憲治

Kenji KINOSHITA

個性差医療科学センター

Institute of Personalized Medical Sciences, Health Science University of Hokkaido

介護保険は、高齢社会を迎えて介護を要する高齢者に対して日常生活の支援をするための公的保険制度として平成12年4月にスタートした。なお、「医療保険は、疾病や機能障害に対する治療であり、介護保険は、生活機能低下に対する予防であり、生活支援」と理解すると良い。

開始年度は218万人が要介護認定を受けたが、平成20年度には455万人となり、国民のあいだに瞬く間に定着していった。特に、軽度な要介護高齢者（要支援、要介護1）が、倍以上の伸びを示した。介護状態になることへの予防、および介護状態の重度化予防として「介護予防」が、当保険創設ともに掲げられたが、軽度な要介護高齢者の増加を受け、平成18年4月の介護保険制度改正は、より効果的な予防重視型システムへの変換がはかられた。現在具体的に以下の6つが介護予防サービスとして実施されている。

- ①運動器の機能向上 ②栄養改善 ③口腔機能の向上  
④閉じこもり予防・支援 ⑤認知症予防・支援  
⑥うつ予防・支援

口腔機能向上は、  
食生活の健康を得ることから

①生活意欲の向上 ②社会参加の継続 ③日常生活動作の維持、向上が図られる。

医学的効果として

- ①低栄養、脱水の予防 ②誤嚥、肺炎、窒息の予防  
③う蝕、歯周病、義歯不適合の予防 ④経口摂取の質と量が高まる。

上記の項目に貢献し得ると科学的根拠のもと認識されたことから、平成18年4月より介護予防サービスとして実施されるに至った。

平成18年4月に改定された介護予防の構成は以下の通りである。

1. 地域支援事業：一般高齢者施策（全高齢者対象）  
特定高齢者施策（要介護状態になるおそれのある者対象）
2. 予防給付（要支援1，2の軽度な要介護高齢者対象）

今回の改訂は、平成18年3月に作成された「口腔機能向上マニュアル」と比較すると、関係者にはよりわかりやすく、取り組みやすいものとなっている。

改訂のポイント

1. サービス担当職種について  
専門職（歯科衛生士、看護師、言語聴覚士）と関連職（介護職）であり、歯科医師、医師はそれらと連携し、専門職に対してサービス実施の支援をする。
2. 予防給付、介護給付における地域包括支援センター、指定介護予防支援事業所、及び居宅介護支援事業所の留意点
  - (1) 潜在化しやすい口腔機能のニーズを発見し、予防効果を高めるために、介護認定調査の結果や基本チェックリスト（表1）、および医師の意見書等の口腔関連項目を使用することが有効である。
  - (2) 主治の医師や歯科医師からの口腔機能低下に関する情報提供を受ける。
3. 予防給付と介護給付の期間、サービスの終了と継続について

サービス実施前に事前アセスメント（図1）を行い、口腔機能向上の指導管理計画（図2）を作成する。口腔機能向上の効果は、短期間でのサービス提供では効果が持続しないことが示されている。また、サービス実施3ヶ月後では効果は少ないが、6ヶ月後に顕著な効果が認められている。従って、概ね三月ごとの評価の結果、次の①又は②のいずれかに該当する者であって、継続的に

歯科衛生士等がサービス提供を行うことにより、口腔機能向上の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。

①口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者

②当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者

なお、目標を達成した者、あるいは効果が認められないと判断した者に対しては、サービスを終了する。

#### 4. 様式の簡略化（図1、図2）

尚、改訂された介護予防マニュアルは厚生労働省の以下のURLに公開されている。

URL：<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

表1 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金のおし入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI= ) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI (=体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)) が18.5未満の場合に該当とする。

## 口腔機能向上サービスの記録 アセスメント・モニタリング・評価

別紙1

ふりがな	しば○ き○こ	□男 ■女	□明口大■昭	5年	10月	11日生まれ	78歳
氏名	柴○ 喜○子	要介護度・病名等		要支援2・高血圧			
		かかりつけ歯科医		■あり □なし	入れ歯の使用		■あり □なし
サービスの説明 と同意の記録	開始時	平成20年 8月 4日	同意者(本人) 家族・その他( )		担当者名: 水○啓○		
	継続時	平成20年10月26日	同意者(本人) 家族・その他( )		担当者名: 水○啓○		

## 1. 関連職種等による質問と観察

(実施期間中に少なくとも1回記入。1回目:平成20年 8月4日 2回目:平成20年10月19日)

質問項目・観察項目等	評価項目	1回目	2回目
		1回目	2回目
①固いものは食べにくいですか	1.いいえ 2.はい	1	1
②お茶や汁物でむせることがありますか	1.いいえ 2.はい	2	2
③口が濡きやすいですか	1.いいえ 2.はい	2	1
④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない	1	1
⑤全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか	1.最高によい 2.とても良い 3.良い 4.あまり良くない 5.良くない 6.ぜんぜん良くない	4	3
⑥お口の健康状態はいかがですか	1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い	3	2
⑦口臭	1.ない 2.弱い 3.強い	2	1
⑧自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない	2	1
⑨むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある	3	3
⑩食事時の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い	2	1
⑪表情の豊かさ	1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい	3	2
特記事項等※1			

## 2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング (事前、モニタ、事後でそれぞれ記入)

事前	平成20年 8月 4日	モニタリング※2	平成20年 9月 15日	事後	平成20年 10月 26日
	記入者 水○啓○		記入者 水○啓○		記入者 水○啓○
	□言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師		□言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師		□言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師
観察・評価等		評価項目	事前	モニタ	事後
①右側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1.強い 2.弱い 3.無し	1	1	1
②左側の咬筋の緊張の触診(咬合力)		1.強い 2.弱い 3.無し	1	1	1
③歯や義歯のよごれ		1.ない 2.ある 3.多い	3	2	2
④舌のよごれ		1.ない 2.ある 3.多い	3	2	1
⑤RSSTの積算時間(専門職の判断により必要に応じて実施)		1回目( )秒 2回目( )秒 3回目( )秒	1(-) 2(-) 3(-)	1(-) 2(-) 3(-)	1(-) 2(-) 3(-)
⑥オーラルディアドコネシス(専門職の判断により必要に応じて実施)		パ( )回/秒 タ( )回/秒 カ( )回/秒	パ(-) タ(-) カ(-)	パ(-) タ(-) カ(-)	パ(-) タ(-) カ(-)
⑦ブクブクうがい(空ブクブクでも可)		1.できる 2.やや不十分 3.不十分			
⑧特記事項等※1		軽度の認知症のため⑤⑥は実施せず			
⑨問題点		□かむ □飲み込み ■口のかわき ■口臭 ■歯みがき ■食べこぼし ■むせ □会話 □その他( )			

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

※2 モニタリングは、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。

## 3. 総合評価

①口腔機能向上サービスの利用前後の比較であてはまるものをチェック			
■ 食事がよりおいしくなった	□ 薄味がわかるようになった	□ かめるものが増えた	
□ むせが減った	■ 口の濡きが減った	□ かみしめられるようになった	
□ 食事時間が短くなった	■ 食べこぼしが減った	□ 薬が飲みやすくなった	
□ 口の中に食べ物が残らなくなった	□ 話しやすくなった	■ 口臭が減った	
□ 会話が aumentata	□ 起きている時間が増えた	■ 元気になった	
□ その他( )			
②事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の著しい低下のおそれ		□ あり	■ なし
③事業またはサービスの継続の必要性		■ あり(継続) □ なし(終了)	
④計画変更の必要性		□ あり ■ なし	
⑤備考			

図1 様式例の記入例 別紙1

## 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

別紙2

ふりがな	しば〇 き〇こ	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明	5	年	10	月	11	日	生まれ
氏名	柴〇 喜〇子	<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 大 昭							

## 1. 口腔機能改善管理指導計画 (平成20年 8月 4日 作成)※1

① (柴〇 喜〇子) 様のご希望・目標	② 作成者氏名(職種)	水〇 啓〇 (歯科衛生士)
③ 口がかわきやすくなり不快なので、口のかわきを良くしたい。		
④ 備考		

## ⑤ 実施計画 (実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する)

⑤ 専門職 実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操			
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ			
⑥ 関連職種 実施項目	機能訓練 <input type="checkbox"/> かむ <input checked="" type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
⑦ 家庭での 実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input checked="" type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
⑧ 本人 介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input checked="" type="checkbox"/> その他 唾液腺マッサージ			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他			

## 2. 口腔機能向上サービスの実施記録※2

## ① 専門職の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施日	H20.8.4	H20.9.15	H20.10.26			
担当者名	水〇啓〇	水〇啓〇	水〇啓〇			
口腔機能向上に関する情報提供	レ	レ	レ			
口腔体操・嚥下体操等	レ	レ	レ			
口腔清掃の指導	レ	レ	レ			
口腔清掃の実施	レ					
唾液腺マッサージ(指導)	レ	レ	レ			
咀嚼機能に関する訓練(指導)						
嚥下機能に関する訓練(指導)	レ	レ	レ			
発音・発声に関する訓練(指導)						
呼吸に関する訓練(指導)	レ	レ	レ			
食事姿勢や食環境についての指導	レ	レ	レ			

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

唾液の量が増え、口腔乾燥による不快感が改善された。

## ② 関連職種の実施

(実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

関連職種	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔清掃の支援 <input checked="" type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
実施項目	<input type="checkbox"/> その他 ( )

特記事項 (利用者の変化、専門職への質問等)

ご自宅でも唾液腺マッサージを実行されている。お元気になった。

※1: 内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。

※2: サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。

図2 様式例の記入例 別紙2